

PORT-Gesundheitszentren

Thesenpapier zu Umsetzung, Vergütung und
Weiterentwicklung zu einer regionalen Primärversorgung

Zugrunde liegende Gutachten

Schmid A., Günther S. und Baierlein J. (2020),
**Vision und Umsetzung eines
PORT-Gesundheitszentrums,**
Gutachten der Oberender AG im Auftrag
der Robert Bosch Stiftung, Stuttgart.

Schmid A., Günther S. und Baierlein J. (2020),
**Perspektiven für die Vergütung
von PORT-Gesundheitszentren,**
Gutachten der Oberender AG im Auftrag
der Robert Bosch Stiftung, Stuttgart.

Schmid A., Günther S. und Baierlein J. (2020),
**Vom PORT-Gesundheitszentrum
zur regionalen Primärversorgung,**
Gutachten der Oberender AG im Auftrag
der Robert Bosch Stiftung, Stuttgart.

Das Konzept der PORT-Zentren soll sich entwickeln und verbreiten

Die Robert Bosch Stiftung fördert seit einigen Jahren die Entwicklung **Patientenorientierter Zentren zur Primär- und Langzeitversorgung**, der PORT-Zentren. Als Form der Primärversorgung sollen diese Zentren dazu beitragen, die ambulante gesundheitliche Grundversorgung in Deutschland neu zu strukturieren. Um die weitere Entwicklung und Verbreitung dieses Modells zu befördern, hat die Robert Bosch Stiftung drei Gutachten in Auftrag gegeben:

- **Vision und Umsetzung eines PORT-Gesundheitszentrums**
Beschreibt zentrale Charakteristika des Konzepts und bietet einem breiten Kreis von Stakeholdern einen praxisnahen Eindruck einer möglichen Umsetzung.
- **Perspektiven für die Vergütung von PORT-Gesundheitszentren**
Skizziert Optionen, wie die Vergütung für dieses Versorgungsmodell im Kontext der existierenden Rahmenbedingungen weiterentwickelt werden könnte.
- **Vom PORT-Gesundheitszentrum zur regionalen Primärversorgung**
Untersucht, welche Rolle PORT-Zentren bei der Versorgung ganzer Regionen spielen können und wie ein derartiger Transformationsprozess unterstützt werden könnte.

Im vorliegenden Beitrag werden **zentrale Inhalte und Thesen** dieser Gutachten präsentiert. Sie sollen erste **Einblicke** in die Gutachten liefern und **Diskussionsimpulse** setzen.

Der Ansatz der Primärversorgung ist sinnvoll und zweckmäßig

Das Konzept der Primärversorgung hat durch die WHO-Deklaration von Alma-Ata 1978 einen starken Impuls erhalten und wurde seither in diversen Ländern etabliert.

Primärversorgung beschreibt die erste und grundlegende Ebene der Gesundheitsversorgung. Sie bildet gesundheitsfördernde, präventive, kurative, pflegerische, rehabilitative und palliative Angebote ab und rückt – einem gemeindenahen Ansatz folgend – eine integrative Versorgung so nahe wie möglich an den Wohnort und Arbeitsplatz der Menschen. Der Einsatz interprofessioneller Teams sowie eine intensive Partnerschaft mit der Kommune und ein klarer Populationsbezug sind elementare Bestandteile dieses Konzepts. Zusammen erlaubt dies eine optimierte Gestaltung des ganzen Versorgungskontinuums (vgl. WHO, 1978).

Der Ansatz geht damit deutlich über den Status quo der hausärztlichen Versorgung hinaus und adressiert zugleich zentrale Herausforderungen des deutschen Gesundheitssystems: Die Vernetzung unterschiedlicher Angebote überwindet die Fragmentierung der Versorgungspfade und erlaubt eine ganzheitliche Betrachtung der gesundheitsrelevanten Kontextfaktoren sowie eine konsequente Orientierung am Bedarf der Patienten. In Gebieten mit Fachkräftemangel ermöglicht die flexible Organisationsform innovative und auch digitale Lösungen.

→ Primärversorgung ist ein sinnvoller Reformansatz zur zukunftsgerichteten Stärkung der Versorgungsqualität im deutschen Gesundheitswesen

Das PORT-Zentrum ist ein praxiserprobtes Versorgungskonzept

Die bereits etablierten PORT-Zentren zeigen, dass dieses **Modell der Primärversorgung** im deutschen Gesundheitswesen funktioniert und die Versorgungsqualität weiter verbessern kann.

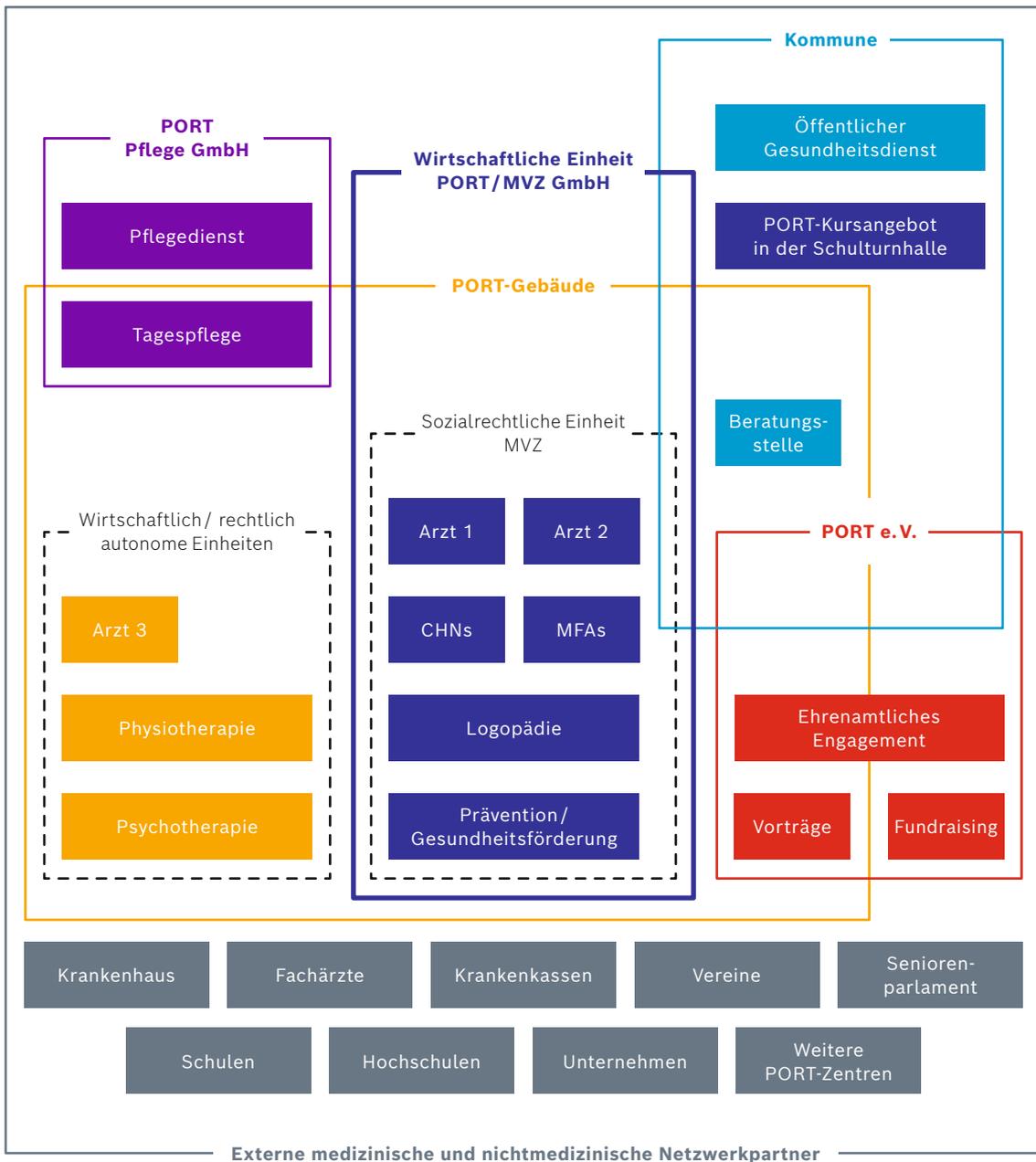
Alle PORT-Zentren werden von denselben **konstituierenden Merkmalen** geprägt: Patientenzentrierung, umfassend koordinierte und kontinuierliche Versorgung, Interprofessionalität, Prävention und Gesundheitsförderung, Populationsbezug, kommunale Einbindung sowie Exzellenz und Innovation in der medizinisch-pflegerischen Versorgung.

Neben der Leistungserbringung im klassischen Sinn haben die PORT-Zentren eine zentrale Funktion bei der **Koordination** und **Vernetzung** der verschiedenen Akteure (Abb. 1). Das PORT-Zentrum wird Teil des kommunalen Lebens und arbeitet mit der **Kommune** bereits in der Planungsphase, in der u. a. eine umfassende Bedarfsermittlung erfolgt, partnerschaftlich zusammen.

In PORT-Zentren arbeiten **interprofessionelle Teams**, die Verantwortung für die **gesundheitliche Versorgung** von **Bevölkerungsgruppen** übernehmen. Im Team übernehmen Pflegefachkräfte wie die **Community Health Nurse** zusammen **mit Ärzten** eine zentrale Rolle.

- PORT-Zentren eignen sich für die Umsetzung eines Primärversorgungsmodells im deutschen Gesundheitswesen
- Die konstituierenden Merkmale sind der unverrückbare Kern eines PORT-Zentrums, bieten aber genug Flexibilität für eine bedarfsgerechte Umsetzung
- Die Kommune ist ein wichtiger Partner, zugleich wird das PORT-Zentrum ein Teil des kommunalen Lebens
- Neue Berufsbilder wie die akademisch ausgebildete Community Health Nurse sind eine zentrale Säule der interprofessionellen Arbeit im PORT-Zentrum

Abbildung 1: Das PORT-Zentrum erlaubt ein breites Spektrum verschiedener Integrations- und Kooperationsformen. Im Zentrum steht i. d. R. eine MVZ GmbH, welche die Kernangebote abbildet. Die weiteren Angebote können je nach Bedarf modular ergänzt werden.



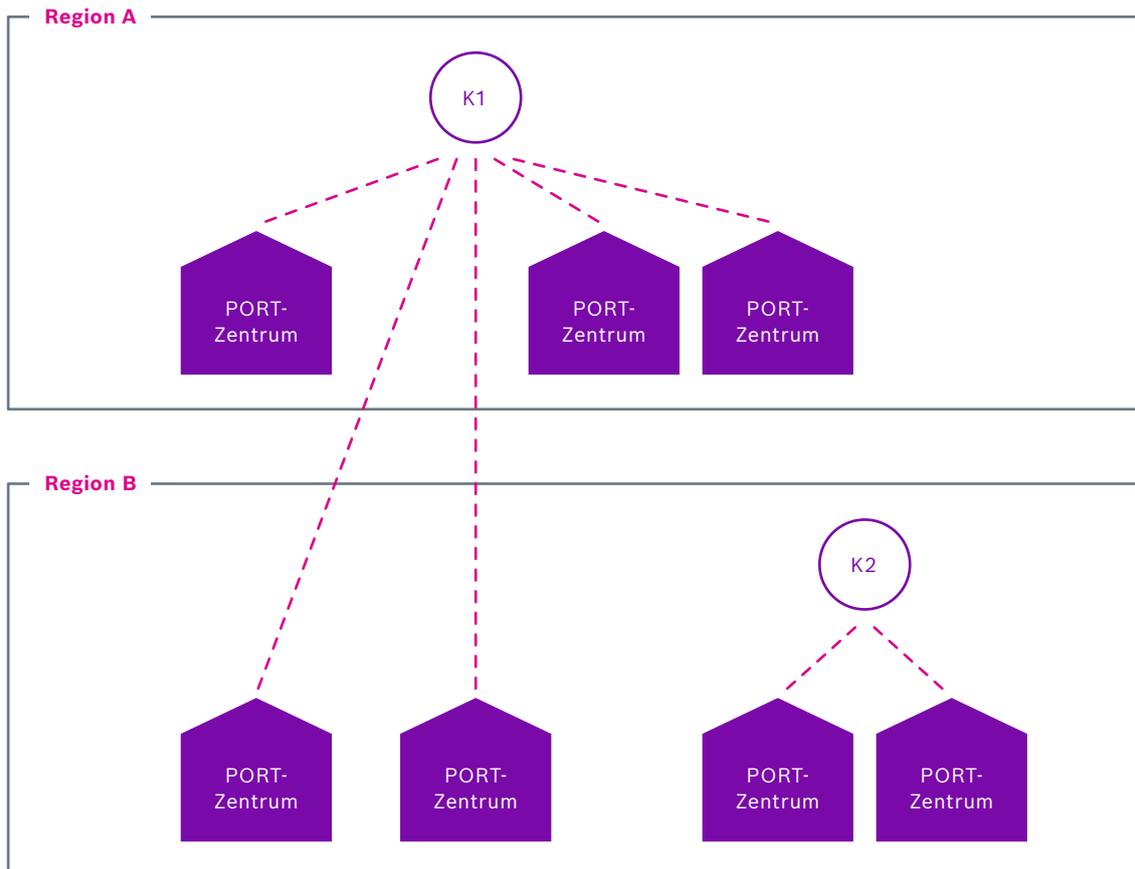
PORT-Zentren können die Primärversorgung einer Region sichern

PORT-Zentren müssen keine Solitäre in der Versorgungslandschaft sein, sondern können die **flächendeckende Versorgung** einer **Region** sicherstellen. Als Region sind hier je nach Kontextfaktoren ein oder mehrere Landkreise bzw. Städte eine sinnvolle Größenordnung.

Die **Kommune** sollte bei der Ermittlung des Bedarfs und der Planung des Angebots eine **aktive Rolle** einnehmen. Ihre rechtliche Handhabe ist jedoch limitiert, sodass sie primär eine moderierende Funktion übernimmt. Ferner ist die vertragsärztliche **Bedarfsplanung** zu berücksichtigen. Diese dient zugleich als Korrektiv zur Vermeidung einer akuten Unter- oder Überversorgung.

- Mit PORT-Zentren lässt sich die Primärversorgung einer Region sicherstellen
- Wettbewerbliche Strukturen stehen einem bedarfsorientierten Angebot nicht entgegen

Abbildung 2: Abseits dünn besiedelter ländlicher Regionen gibt es häufig genug Raum für mehrere Betreiber (K) von PORT-Zentren. Dies kann die Koordination erschweren, sichert jedoch zugleich für die Bevölkerung die Wahl zwischen Alternativen.



Der PORT-Ansatz ist eine reale Transformationsoption

Internationale Beispiele zeigen, dass die komplette gesundheitliche Grundversorgung über Angebote der Primärversorgung erbracht werden kann. In Deutschland ist eine vollständige Überführung der hausärztlichen Versorgung mit ihren mehr als 50.000 Ärzten in ein derartiges System jedoch nicht realistisch, zumal ein solcher Schritt eines Arztes nur freiwillig erfolgen kann.

Es zeigt sich jedoch, dass bereits eine **Transformation von rund 10% der Arztsitze** einen bundesweit **flächendeckenden Zugang** zu diesem Versorgungsmodell ermöglicht. Dieser Umfang würde ausreichen, jede Region Deutschlands von den populationsbezogenen Maßnahmen profitieren zu lassen. Je nach Ausgestaltung sind hierfür mehr als **1.000 PORT-Zentren** und mehr als **2.000 akademisch qualifizierte Pflegekräfte** wie Community Health Nurses erforderlich, was verdeutlicht, dass dies ein durchaus ambitioniertes aber mittelfristig denkbares Ziel darstellt.

- Ein flächendeckender Zugang zur Primärversorgung ist mit PORT-Zentren bereits bei einer relativ kleinen Transformationsquote von 10% erreichbar
- Die populationsbezogenen wie auch die vernetzenden Aktivitäten entwickeln zudem positive externe Effekte auf die Qualität der Versorgung insgesamt

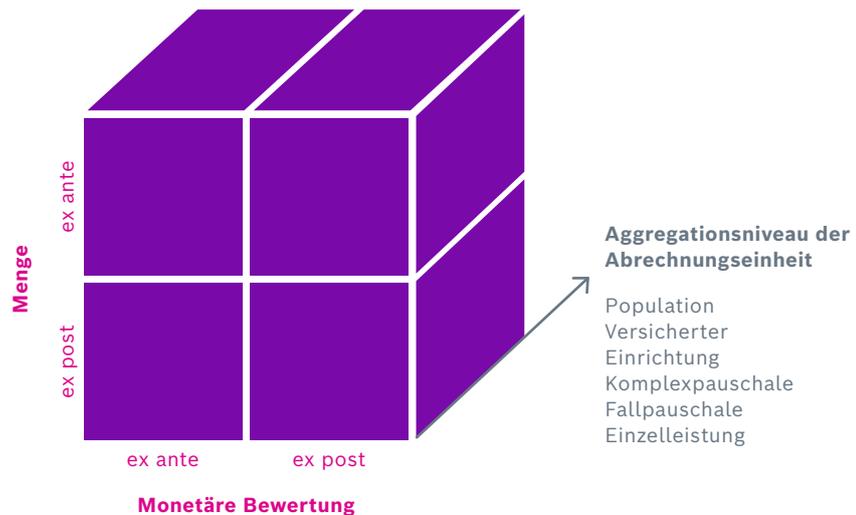
Eine Weiterentwicklung der Vergütung ist notwendig und möglich

Das Leistungsspektrum eines PORT-Zentrums tangiert neben der GKV **diverse Sozialversicherungsträger**. Im Bereich der Gesundheitsversorgung geht das Angebot **über den Regelleistungskatalog hinaus** und bildet manche Leistungen in einer **Qualität** ab, **die nicht kostendeckend vergütet wird**. Zudem ist die im interprofessionellen Setting ausgeübte Tätigkeit **nichtärztlicher Gesundheitsberufe** häufig **nicht abrechenbar**.

Dies konfrontiert PORT-Zentren mit einer fragmentierten Vergütungssituation, die zudem zentrale Leistungen einer umfassenden Primärversorgung nicht (ausreichend) abbildet und eine Quersubventionierung bzw. eine Finanzierung über Fördermittel oder Selektivverträge erfordert. Der Gründungsaufwand ist dadurch hoch, im Betrieb werden unnötig Ressourcen gebunden und Leistungsanreize generiert, die einer optimalen Versorgung nicht zuträglich sind. Für die bestehenden PORT-Zentren wie für die weitere Verbreitung des Konzepts ist die Aussicht auf eine **zeitnahe Reform der Vergütung** elementar.

Während sich **Regionalbudgets** eher für reife **Leuchtturmprojekte** eignen, erscheint für eine schnelle Breitenwirkung die **Integration in den EBM** – das Vergütungssystem der vertragsärztlichen Versorgung – bei allen damit einhergehenden Herausforderungen vielversprechend. Hierin lassen sich **Strukturzuschläge, kontakt(un)abhängige Patientenpauschalen** sowie **Qualitätsanforderungen** im Zuge eines etablierten Entscheidungsverfahrens integrieren. **SGB-übergreifende Elemente** sollten ergänzend angestrebt werden. Zugleich wird deutlich, dass eine Leistungsausweitung auch eine entsprechende **Finanzierung** nach sich ziehen muss.

Abbildung 3: Ökonomische Theorie und internationale Erfahrungen deuten darauf hin, dass eine Kombination verschiedener Vergütungsformen die besten Ergebnisse verspricht. Möglich sind u. a. Pauschalen je Einrichtung, Versicherten oder Behandlungsfall sowie Elemente der Einzelleistungsvergütung. Regionalbudgets bieten große Potenziale, sind jedoch fordernd in der Umsetzung.



- Für die zeitnahe Verbesserung der Vergütungssituation in der Breite stellt eine Integration in den EBM eine pragmatische Lösung dar
- Die Kombination verschiedener Vergütungsformen bei gleichzeitiger Kopplung an Qualitätsanforderungen verspricht die besten Ergebnisse
- Gefestigte Leuchtturmprojekte könnten von der Flexibilität regionaler Budgets profitieren, SGB-übergreifende Elemente sollten ergänzend angestrebt werden
- Primärversorgung ermöglicht Effizienzgewinne, ist jedoch auch eine Investition in die Versorgungsqualität mit entsprechendem Finanzierungsbedarf

Impressum

Herausgegeben von der

Robert Bosch Stiftung GmbH
Heidehofstraße 31, 70184 Stuttgart
www.bosch-stiftung.de

Kontakt in der Stiftung

Cordula Hoffmanns
Senior Projektmanagerin Gesundheit
Telefon +49 711 46084-855
cordula.hoffmanns@bosch-stiftung.de

Copyright

Robert Bosch Stiftung GmbH
Stuttgart, 2020
Alle Rechte vorbehalten.

Gestaltung

siegel konzeption | gestaltung, Stuttgart

Autoren

PD Dr. Andreas Schmid (Projektleiter)
Sarah Günther
Jochen Baierlein

Unter Mitwirkung von

Franziska Bächer
Markus Bunzel
Viktoria Geier
Katrin Huff
Laura Kneip
Christian Naber
Claudius Nagler
Irina Quandt

Oberender AG
Unternehmensberatung im Gesundheitswesen
Friedrichstraße 20
95444 Bayreuth
Telefon +49 921 745443-0
Fax +49 921 745443-29
info@oberender.com

Wissenschaftlicher Beirat

Prof. Dr. Jörg Schlächtermann, Universität Bayreuth
Prof. Dr. Volker Ulrich, Universität Bayreuth